

Achternaam

Voornaam

Voorletters

Geboortedatum Geslacht M V

Adres

Straat

Postcode

Woonplaats

Telefoon thuis

gsm

werk

e-mailadres @

verzekeringsgegevens

Verzekerd bij

Inschrijfnummer

Burger Sevice Nummer (BSN)

Ondergetekend verklaart de betalingsvoorwaarden te hebben ontvangen

Amsterdam, datum 2 0

Handtekening

adres Panamalaan 10
1019 AZ
Amsterdam

telefoon 020 - 4198525

website www.tandartsenpunt.nl

tandartsen

- S.A. Karpe
- E.J.P. den Outer
- E. Greving
- A.M. de Groot
- I.M. Blom
- J.S. Pijpers

mondhygiënisten

- E. Demiralay
- F.A.M. de Haes
- L.Saleh

profylaxe

- E. Timmerman
- K. Karabila

GEZONDHEIDSVRAGENLIJST

JA	NEE
----	-----

1	Heeft u	hartklachten		
2		hartinfarct gehad		
3		hartklepafwijking of kunsthartklep		
4		voor tandheelkundige behandeling antibiotica nodig		
5		in rust last van hartkloppingen		
6		pijn op de borst bij inspanning		
7		een pacemaker		
8		ooit een hartoperatie ondergaan		
9	Gebruikt u	antistollingsmedicijnen (bijv. ascal)		
10	Heeft u	last van hyperventileren		
11	Bent u	ooit flauwgevallen bij een tandheelkundige of medische behandeling		
12	Heeft u	(te) hoge bloeddruk		
13		verlammingen of spraakstoornissen gehad		
14		een beroerte (attaque) gehad		
15		epilepsie		
16		astma		
17		slechte longen		
18		allergieën en zo ja, voor welke stoffen		
19		allergieën en zo ja, voor welke medicijnen		
20		allergische reacties gehad tijdens of na tandheelkundige behandeling		
21		suikerziekte		
22		versterkte schildklierfunctie		
23		leverziekte		
24		chronische nierziekte		
25		chronische maag-darmziekte		
26		bloedarmoede		
27		sikkelcelanemie		
28		kwaadaardige ziekte van lymfeklieren of bloed		
29	Bloeden	wondjes langer dan 30 minuten na		
30	Bent u	ooit bestraald voor een tumor in hoofd of hals		
31	Heeft u	aids		
32	Bent u	HIV seropositief		
33	Heeft u	hepatitis	A B C	
34		een reumatische aandoening		
35	Rookt u	zo ja, hoeveel per dag		
36	Gebruikt u	alcohol zo ja, hoeveel glazen per week		
37		drugs	zo ja, welke	
38	Bent u	zwanger	zo ja, hoeveel maanden	
39	Gebruikt u	medicijnen	zo ja, welke en waarvoor	
40	Bent u	onder behandeling van een medischspecialist	zo ja, welke	
41	Heeft u	andere nog niet genoemde problemen	zo ja, welke	

Naam en adres huisarts

Handtekening

Dit formulier is naar waarheid ingevuld zonder weglatingen Datum: